

受給者番号

(この欄は記入しないでください)

## 佐用町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、流産・死産の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、保険適用外の医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	( )	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
今回の治療期間(※1)	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額合計 (※2)	¥ 円 (※3の合計と一致すること)		

※1：治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の治療期間を記載してください。治療が終了していてもかまいません。

※2：領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付して下さい。

院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療費助成事業受診等証明書(薬局用)」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不用です。

## 【実施した保険適用外の検査及び治療】

区分	項目		実施の有無	金額(※3)
検査 (一次スクリーニング)	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン $\beta_2$ グロブリン I (CL $\beta_2$ GP I) 複合体抗体		
		抗カルジオリピン (CL) I g G 抗体		
		抗カルジオリピン (CL) I g M 抗体		
	ループスアンチコアグラント			
夫婦染色体検査				
検査 (選択的検査)	抗リン脂質抗体	抗 PEI g G 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)		
		抗 PEI g M 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)		
	血栓性素因スクリーニング(凝固因子検査)	第XIII因子活性		
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原		
	プロテインC活性もしくはプロテインC抗原			
	APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)			
検査	じゅう毛染色体検査			
治療	低用量アスピリン療法			
	ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)			